

宅療養支援室は地域支援ネットワークを構築し地域関係者、患者、家族を交えたケア会議を開催し療養支援計画を策定して支援体制を整備する。当院在宅診療対象者に対しては当院より訪問診療がおこなわれる。なお療養支援体制は固定的なものではなく定期的に評価され病状や地域の状況に応じて当院在宅診療対象から地域フォローへ、地域フォローから当院在宅診療対象へと変更される。

当院が直接訪問を行なう当院在宅診療対象者の基準は図4である。訪問距離の制約より多摩地区に在住する神経難病患者に限定し、専門的フォローが必要な人や地域での支援が困難な人を対象とした。人工呼吸器装着者については地域や家族体制が整っている場合は地域フォローとしている。

結果

平成12年11月の地域医療連携事業発足時の当院在宅診療対象者149名中病状が安定し地域でのフォローが可能な対象者は49名であった。そのうち26名は地域の支援システムへの移行が可能であった。2名は外来受診体制が整い、1名は他院へ移行した。残り20名は地域への移行が不可能であった。理由は13名は処方や医療処置、衛生材料の滅菌や供給が困難といった地域体制整備上の問題である。7名は当院への依存度が高く地域移行を拒否、地域移行は経済的負担が増加するといった経済的理由、介護保険や地域援助拒否といった患者サイドの問題に起因するものであった。

平成12年10月から平成13年11月までの新体制での新規療養支援検討者は61名である。居住地別にみると多摩地区在住者は54名、23区在住者は7名であり圧倒的に多摩地区が多い。支援体制別では当院在宅診療対象28名、地域の支援システムへの移行29名その内13名が東京都医師会への委託事業である難病患者在宅訪問診療の対象となり当院医師が専門医として3ヶ月ごとに患者宅に訪問診療する。転院3名、検討中に死亡が1名であった。図5に新規検討例の疾患別分類を示した。脊髄小脳変性症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病の順で多く神経難病が50名と82%を占めている。

図6は平成8年からの療養支援会議の回数と検討者総数の年次推移を示したものである。地域医療連携事業は平成12年11月から平成13年10月までそれ以外は4月から翌年の3月までの1年間の実績数である。平成12年は事業移行期であり8ヶ月間のため比較から除外した。平成8年から平成11年までの従来の在宅体制では会議数は15～18回、検討者数29～35名で推移しているが新規の医療連携事業になってから検討会議数35回、検討者数58名と倍増している。

医療連携では当院の周辺の10医師会と協定書を締結し連携医登録数は現在203名である。

考察

当院の直接訪問のみを主体とした地域支援ネットワーク構築では対象者が限定される。距離的に遠く時間がかかる事より効率が悪く訪問回数が制約される。公用車では足りずタクシーを利用する事より交通費が高額になる等の問題が生じた。公立病院として多くの都民に奉仕する責務やサービスの公平化をはかる必要性より地域を主体として専門病院が援助する体制づくりをめざした。この結果新体制での新規療養支援検討者数は従来に比べて倍増し半数は地域の支援システムに移行した。地域関係者や患者・家族が参加するケア会

議、関係医療機関との調整連絡、患者家族や地域関係者からの電話相談や技術支援は月平均 600 件を超えている。医師会への学術講演会や難病患者在宅訪問診療事業への専門医派遣にも積極的に取り組み、専門病院が地域支援ネットワークに果たすべき任務面で大きな前進を果たした。しかし当院在宅対象者と地域システム移行者との格差は患者サービスや入院対応、レスパイト入院等にみられる。地域サイドでも医療処置が多い患者の往診は採算がとれない事や気管カニューレや膀胱留置カテーテル等の交換器材の供給ルートが乏しく少量配達してくれない事より無駄が生ずる等の問題点があり、患者が地域で安心して暮らせるシステム構築へ解決すべき課題は多い。

まとめ

① 20 年来の在宅診療体制を見直し地域医療連携事業を発足させた。②新規療養支援検討者は倍増し、転院対象者の一部は自宅療養が可能となった ③医師会や地域関係機関との連携が強化され地域療養支援ネットワークの構築は大きく前進した。

文献

1) 林 秀明、須田 南美：在宅ケアシステムー筋萎縮性側索硬化症を中心にー

総合リハビリテーション 29:985-992,2001

地域医療連携事業

- ① 外来受診が困難な患者の療養支援計画を策定
疾患や地域を限定しない
- ② 地域療養支援ネットワークを構築
- ③ 当院在宅診療対象者に訪問診療・看護
リハビリテーションを提供
- ④ 患者、家族、地域関係者からの療養相談
- ⑤ 医師会と協定書を交し医療連携を強化

在宅療養支援チーム

地域医療連携担当部長、担当医長

在宅療養支援室：保健婦、看護婦

ソーシャルワーカー

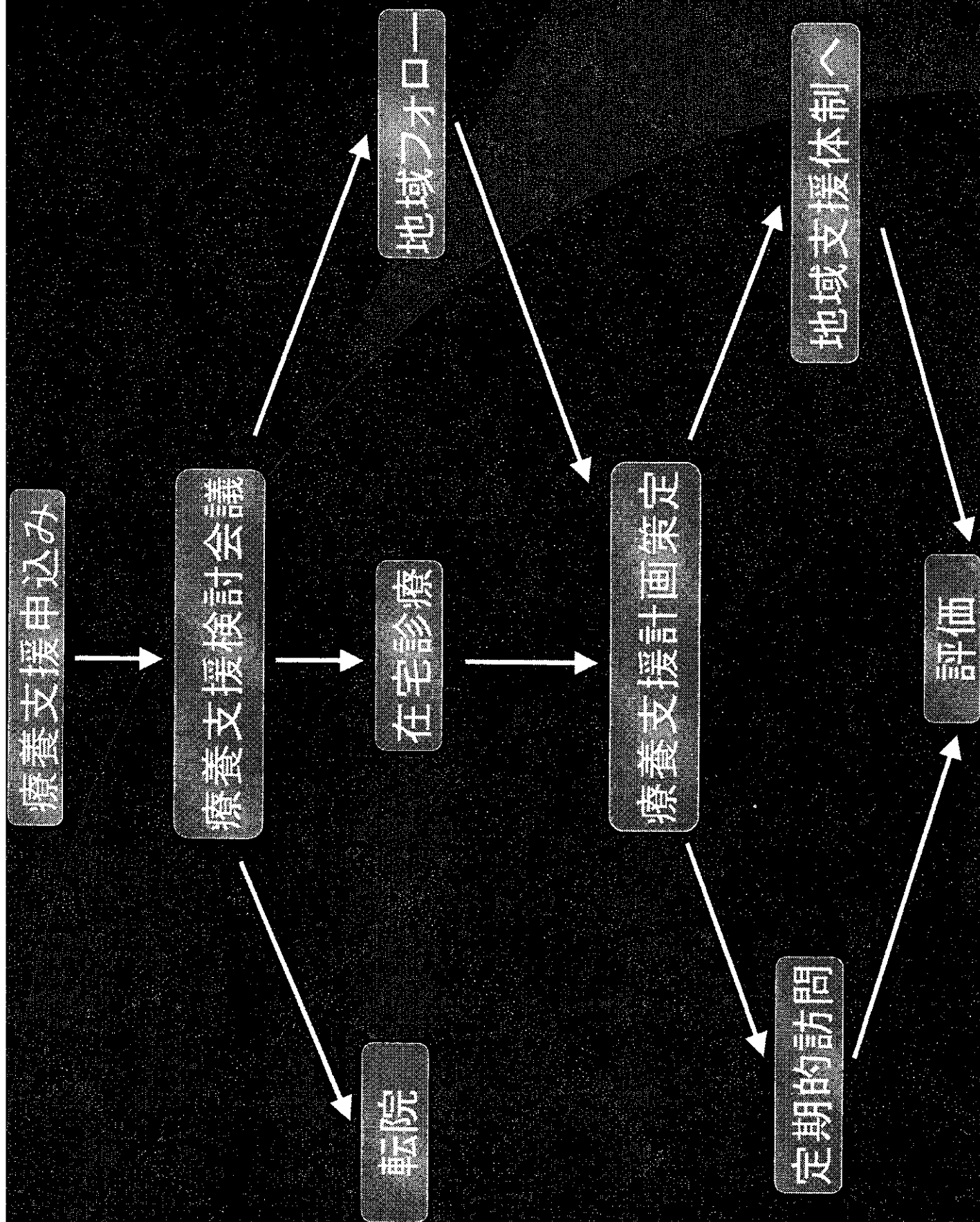
看護科

リハビリテーション科：医師、PT、OT、ST

医事係

チームリーダーは連携医長

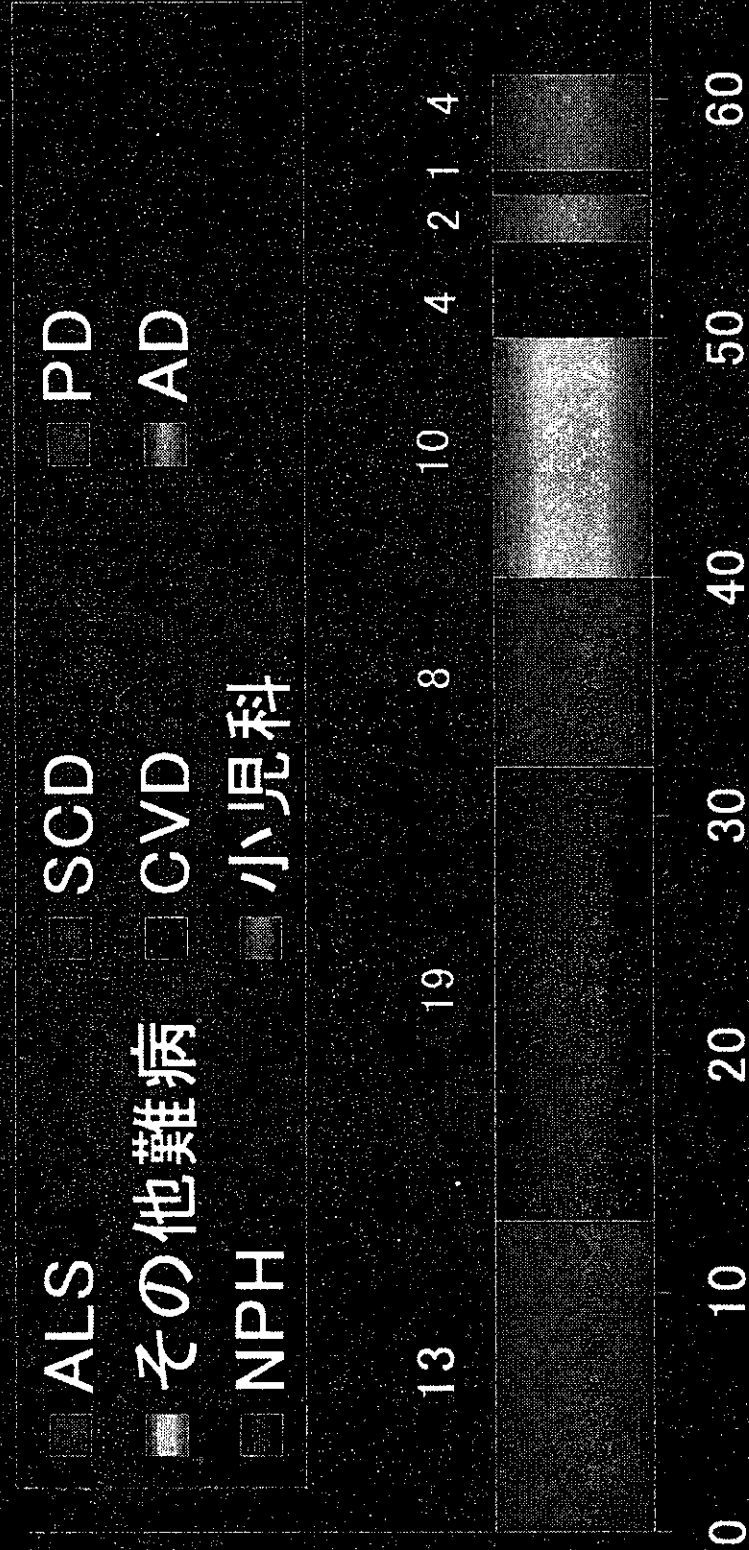
総合窓口は在宅療養支援室



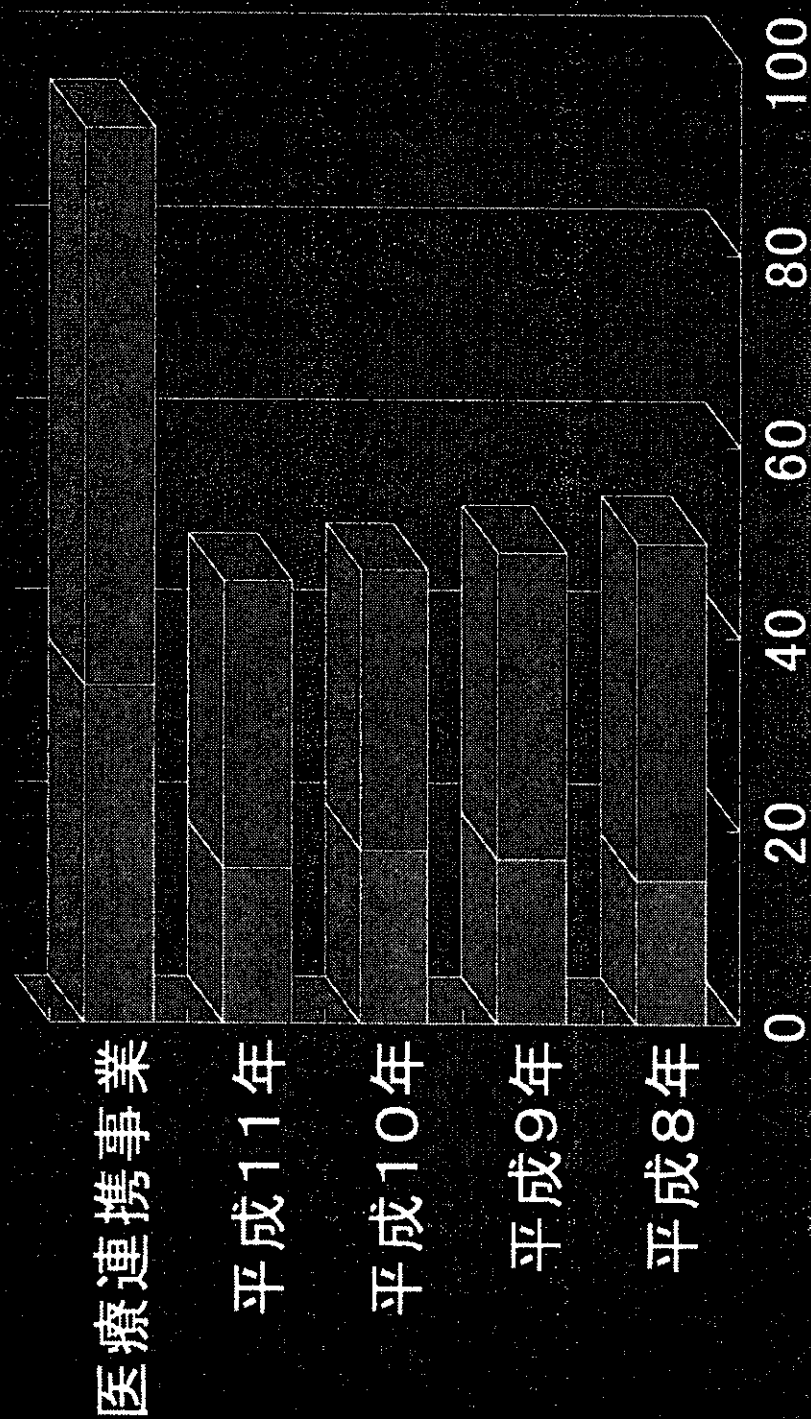
神経病院在宅対象者の基準

- ① 外来受診困難な多摩地区在住者
- ② 神経難病患者
- ③ 病状不安定で専門的評価や管理が必要
- ④ リスクが高く地域では支援が困難
- ⑤ 頻回の薬剤調整や効果判定が必要
- ⑥ 稀少疾患で経過観察が必要
- ⑦ 主治医が希望し妥当と判断される
- ⑧ 人工呼吸器装着者

新規検討例疾患別分類



在宅療養支援年次推移



The long term home care system in Tokyo Metropolitan
Neurological Hospital

Minami Suda, Hideko Kasai, Kouichi Yagi, Hideaki Hayashi,
Shunsaku Hirai

Tokyo Metropolitan Neurological Hospital

ABSTRACT

Since establishment in 1980, the patients with intractable neurological diseases such as amyotrophic lateral sclerosis (ALS), spinocerebellar degeneration (SCD), Duchenne muscular dystrophy (DMD) have been cared in home by the staffs of multidisiplinary team in Tokyo Metropolitan Neurological Hospital (TMNH), and since in 1987, long term home mechanical ventilation has begun for the patients with ALS and DMD.

Since November in 2000, TMNH has changed the home care system, and begun to care for the patients together with the community staffs including land-doctor, public health nurse and etc. As the result, a half of the patients by this time under TMNH could be transferred to the community staffs. In considering for medico-welfare network construction for supporting severely disabled patients with specific diseases in Tokyo, there remain many problems to be solved for TMNH.

筋萎縮性側索硬化症のメンタルサポート・緩和ケア そして人工呼吸療養の経過と合併症に関する研究

分担研究者 今井尚志（国立療養所千葉東病院） 共同研究者 大隅悦子（同）

要旨 筋萎縮性側索硬化症患者（以下 ALS）の告知後のメンタルサポートや緩和ケア、人工呼吸療養のサポートの行い方の現状を調査し、望まれる方法について提言した。国立療養所神経内科協議会を通じ緩和ケアのアンケートから、呼吸困難や身体的苦痛に対する対応が施設間で大きく異なり、今後具体的な方法論の確立が望まれた（1年目）。当院の在宅長期人工呼吸器装着患者 32 例の合併症の検討では、死因として感染症（5 例）と、在宅における人工呼吸器接続不良（4 例）によるものが多く、特筆する合併症として耳鼻科的疾患より発展した脳膿瘍が 2 例見られた（2年目）。看護婦へのアンケート調査では、看護婦による告知後早期のメンタルサポートは重要と考えられていたが、現状では不十分で、MSW や心理療法士とのチーム医療を望んでいることが明らかとなった（3年目）。

目的：(1)ALS 患者が人工呼吸器を装着しない場合の緩和ケアの現状を調査し、今後の方向性を検討する（1年目）。(2)人工呼吸療養中の ALS 患者の合併症を調査し、原因と対策について考察する（2年目）。(3)看護婦による告知後早期のメンタルサポートの現状を調査し、今後の方向性を検討する（3年目）。

対象・方法

(1)国立療養所神経内科協議会を通じ、呼吸不全に陥った ALS 患者に対して現在どのような緩和ケアが行われているかアンケート調査した。

(2)平成 2 年より当院が関与した、人工呼吸療養 ALS 患者 32 例を分析した。

(3)神経難病全国医療ネットワークに属する、大学病院・国立病院・国立療養所・公立総合病院・医療法人の病院看護部に、看護婦によるメンタルサポートの現状と望まれる体制について郵送でアンケート調査を行った。

結果

(1)回答は 37 施設中 31 施設から得られた。

①呼吸困難への対応として酸素を使用する施設は 74%であった。②90%の施設で痛みへの対応に薬物を使用しており、鎮痛剤が多かった。③鎮痛剤として強オピオイドを使用しているのは 2 施設のみであった。

(2)症例数は 32 例で、合併症として、肺炎：23 例、褥瘡：8 例、痒疹：7 例、人工呼吸器接続不良：7 例、微量元素欠乏：4 例（うち銅欠乏 2 例、亜鉛欠乏 2 例）、脳膿瘍：2 例であった。死亡数は 32 例中 15 例で、死因としては感染症 5 例、人工呼吸器接続不良：4 例等が多かった。

(3)分析可能な有効数は 173 施設で、現状で行われているメンタルサポートとして「相談相手や話し相手」「自己決定への援助」は高率であるが（70%以上）、「カウンセリング」は低率（30%以下）であった。望まれる看護サポートでは、現状では低率であった「カウンセリング」の他、「家族へのフォロー」も高率であった。告知に参加が望まれる職種として MSW と心理療法士は高率で（70%以上）、その他精神科医や訪問看護婦の参加を希望する施設も 3 割程度見られた。

考察

(1)呼吸困難や疼痛の緩和ケアには施設間でのばらつきが大きく、統一的な見解がないまま担当医師の裁量権に任せられている現状を現しているものと思われる。

(2)人工呼吸器療養合併症では感染症、特に肺炎が多かったが、中耳炎から波及したと思われる脳膿瘍を 2 例認めた。褥瘡、経管栄養の成分に由来すると思われる微量元素欠乏・皮疹、人工呼吸器接続不良も少なからず見られ、防ぎうる合併症だけに注意を要する。

(3)告知後のメンタルサポートに関して、いずれの病院群の看護婦もその必要性を認識しているが、現状では不十分であり、MSW や心理療法士とのチーム医療を望んでいた。今後メンタルサポートの実践の有無を医療点数に反映することで、看護婦の積極的な姿勢を引き出させることにつながり、ひいては患者の療養環境改善につながると思われる。

国立相模原病院における神奈川県北部地域支援ネットワーク構築

分担研究者 長谷川一子 (国立相模原病院神経内科医長)

協力研究者 高橋俊毅 (国立相模原病院院長), 當間重人 (同, リウマチ科医長)
小林聡子 (同, 神経内科医員), 山崎悦伸 (同, 医事課係長)
平澤敏子, 末吉幸子 (相模原市保健所保健予防課)
三浦啓子 (相模原市医師会訪問看護ステーション)

[研究要旨]

国立相模原病院での神経内科開設も2年目となり、神経難病患者数は順調に増加した。これに伴い院内での神経難病患者への対応の問題、地域支援体制との連携が未整備であることなど、様々な問題が提起された。院内での問題の多くは神経難病患者のケアに関する物品の整備不足、カニューレ交換などの手技が比較的多い事、肺炎や褥瘡形成を生じやすいことへの認識不足、疾患への理解が不足気味であること、コミュニケーション技術の拙劣さなどが挙げられた。今年度は開設2年目となり、疾患への理解も深まり、処置の手順の改善や物品についてはほぼ完備できた。なお、物品管理面では衛生材料提供などについて、かかりつけ薬局にも要請した結果、協力が得られ対処可能となった。地域医療との関連では介護保険法を十分に活用し、保健所、各訪問ステーション、在宅介護支援センター、かかりつけ医との連携がはかれるようになり、重度の神経難病症例にも対応が可能となってきた。今後、さらに検討会などを開催することにより、地域医療支援ネットワークを構築していく予定である。

[神経内科開設2年目の現状]

神経内科開設2年目となり、入院、外来患者数は漸増傾向にある。当院神経内科の疾患構成は神経難病患者が約70%を占める(表1)。神経難病患者の診療開始により、院内外で様々な問題が派生した。院内での問題とは神経難病患者への対応に関してのとまどいにつきる。具体的には神経疾患では比較的カテーテル交換やカニューレ交換などの処置が多いこと、これに関わる物品が比較的多いことに対する準備不足など、人的配置、物品調達に関する問題が生じた。次いで、ADLの障害される疾患、コミュニケーション機能の障害されている症例が多い事、かつ進行性であることへの理解など疾患に対する理解の不足、機能障害が高いことによる看護度が高い症例が多いことが問題として生じた。カテーテル交換などが頻回にあることや物品整備に対しては物品の整備や技術習得、処置室の有効利用により対応が可能となってきた。また、一部のカテーテル類や衛生材料などの物品購入は、かかりつけ薬局に依頼することにより対処可能となった。疾患への理解については症例を通して理解を深めることとし、心理療法士による講義などを交えたことにより、飛躍的に習熟度が増し、平成13年度には患者からも満足が得られるようになった。

対外的な問題としては国立病院の限られた施設と人員のみで神経難病患者の医療のすべてを行うことは困難であること、原則として在宅医療を行わないことに起因する対外活動の少なさが挙げられた。特に在宅医療を標榜していないため、在宅療養に欠かせないカニューレやカテーテル類の物品供与が原則として不可能であった点が問題となった。これらの物品については神経内科開設と介護保険施行が同時であったことから、かかりつけ医やかかりつけ施設での処方が可能となったため、気管カニューレ以外

の物品については問題がなくなった。

物品はさておき、神経症状の変化に応じた対応や全身管理については国立病院神経内科がイニシアティブをもって治療・管理を行っていく必要がある。しかし、先にも述べたように当院が急性期対応型病院であるため長期入院は不可能であること、訪問医療を行うための人員が未整備であることから、在宅療養患者の生活面の管理、介護面への援助については地域医療との協力関係に於いて構築していく必然性がある。介護保険施行後の療養生活の現状は、介護保険に該当する神経難病症例においては介護保険を主体に、一部医療保険を併用していることが多い。また、疾患が介護保険の指定病名以外である場合や、若年の神経難病患者である場合には医療保険のもとで療養することとなる。このような療養生活の現状に対応していくためには、国立病院神経内科は保健所や訪問看護ステーションと連携した地域包括医療ネットワークを構築していく必要があることは明らかである。このため、本研究班の目的であるよりよい療養環境を構築するために保健所、医師会訪問看護ステーションと連携したネットワーク構築のために、平成 12 年度は環境作り、本年度は具体的な事例を通じた活動を開始することができた。

[研究目的]

国立相模原病院において、在宅医療は懸案事項であるため、現実には対外的活動は人的にも物理的にも制限がある。このための対応策を模索していく必要がある。神経内科診療が開始し、神経難病症例が在宅療養を行っていく場合、軽症である際には主治医主導の基でケアマネジャーや介護者との連絡が密であれば、特に問題は生じないことが多い。しかし、連絡が疎である場合には、訪問看護ステーションの訪問看護婦（多くはケアマネジャーでもある）、もしくは保健所保健婦に調整役を依頼することにより在宅療養が円滑となる。

一方、介護度が高い場合、もしくは介護保険に該当しない病名である場合や、患者が介護保険に非該当の年齢であった場合には、在宅療養に関する専任職種が院内では不足しているため、調整が不十分となる傾向がある。これらの問題に対処するため、保健所保健婦に各種行政および民間サービス間の調整を依頼することにより、ネットワーク構築を試みた。本年度は現時点までの成果について報告する。

[研究方法]

神経内科外来患者約 600 名のうち、日常生活を送る上で何らかの介助が必要な患者は約 10% を占める。在宅療養支援が必要な患者の多くは、介護保険施行後はケアマネジャーを中心として様々なサービスが施行されているため、在宅療養の質はケアマネジャーの資質に依存する。しかし、ケアマネジャーから医療機関への働きかけは少なく、患者もしくは介護者を通してのみ問題点が把握できることも少なくない。このような場合は、介護者を通じてケアマネジャーからの連絡を依頼することにより、問題が解消できる場合が多い。

訪問看護ステーションが介在している場合には、訪問看護婦から主治医へのアプローチがなされることが多く、病院と看護ステーションとが連携してよりよい在宅療養へと進めていくことが可能である。一方、介護保険が該当しない若年者や、介護保険の範囲を超える重症者の場合には保健所主導に患者の状況に対応した地域医療システムを構築していく必要がある。平成 13 年度には、介護保険非該当年齢の筋萎縮性側索硬化症症例、とハンチントン病症例、CNS ループス症例の在宅療養構築の必要が生じ、ケアマネジャーを保健所保健婦に依頼した。これにより、福祉事務所、訪問看護ステーション、地域福祉サービスとのネットワーク構築を職種間の調整、日程調整を行った上で、介護者を交えたカンファレンスを通じて役割分担し、在宅療養を安全に実施することができた。なお、カンファレンス開催の目的は夫々の事例の特異性を認識することと、職種間の関係強化にある。

[研究結果]

先に述べたように介護度の高くない症例においては、個々の患者と介護者、ケアマネジャー、主治医間の調整で、一部当院医事課によるコーディネーションで介護システムの調整が可能となるため、ここでは割愛する。研究結果ではカンファレンス、その他を通じて介護システムの構築ができた事例のみ述べる。

1. 事例1 (図1); CNS ループス症例:

図1のフローチャートに示すように、患者の家族に対する遠慮と、家族の患者の心情への配慮や遠慮により、ケアマネジャーや訪問看護婦間の療養生活に対する姿勢との間に“ずれ”が生じた事例である。主治医より患者、介護者へ介護サービスにかかわるサービス各職種からの問題提起を伝え、患者と介護者との間で双方の心情的理解に関する調整を行った。その結果をもとに介護者、主治医、病院看護婦、医事課、介護支援サービス関連職種(施設内医師、訪問看護婦、入浴サービス、ヘルパー)によるカンファレンスを開催し、患者・介護者と介護支援サービス関係職種間の相互理解を得ることができ、以後、順調に在宅療養が実施されている。事例1では患者が家族内介護者(長男夫婦と次男夫婦)への遠慮と配慮が、介護支援サービス関連職種には家族の介護努力放棄と誤認されていた点に問題があった。相互理解の結果、両者間の関係も改善し、以後は忌憚のない意見交換が進み、現在良好な関係が維持できている。

2. 事例2 (図2); ALS 在宅呼吸器導入症例:

症例は介護保険非該当の人工呼吸器装着下の筋萎縮性側索硬化症患者。他院より居住地での在宅呼吸療法を施行するために依頼があり、在宅調整は保健所保健婦と病院主治医を中心に行った。病院、保健所ともに初めての在宅呼吸療法ということで、試行錯誤の末、ネットワーク構築ができた。第一回目のケースカンファレンスでは在宅療養サービスの主施行者となる看護ステーション看護婦と保健所、病院により、患者の病状、介護状況について現状を把握し、適切な介護プランを作成した。第二回目のケースカンファレンスは介護者である両親と関係職種間の関係を緊密にとるために、連絡会をかねて実施した。カンファレンスを通して、さらに不足な物品の整備や介護の部分に対しての調整を行った後、退院となった。この事例はかかりつけ医が在宅呼吸管理に不安を感じ、半ばパニック状態に陥り、その結果、かかりつけ医主導の基に、他の職種に何らの連絡なしに他院に転院することとなった。この転院の経緯を各職種が経験することにより、かかりつけ医の選択に関しても、他のネットワーク構成職種にとってよい経験となった。

事例2は保健所を中心とした、国立相模原病院、訪問看護ステーション看護婦、福祉事務所、各種業者、かかりつけ医で協議を行い地域医療システムを構築を行った。かかりつけ医主導の元に転医したため、継続した在宅療養を国立相模原病院としては実施できなくなったが、その後神経難病患者のみならず、他疾患症例の在宅療養を行っていく上でのモデルとなることができ、リウマチ科や外科系の患者の在宅療養を行う上での経験となり、現在では医事課職員がカンファレンスを開催するまでとなった。

3. 事例3 (図3); ハンチントン病症例:

兄弟4人総てが発症したハンチントン病女性。介護保険該当年齢以下であり、利用できない。今回の入院は疾病に対する不安により希死念慮と強迫症状のための措置入院。入院当初、希死念慮が強く、拘束と薬剤による鎮静を必要とした。介護は勤務の都合で1日毎に不在になる夫と10歳になる長男が主体で、他の親族からの援助は望めない状態。病状に対する不安は強く、在宅療養に対して夫は懐疑的にも会った。夫は神経内科主治医による病状説明と、在宅療養が可能な段階にある旨の説明により、在宅療養に踏み切る決断をした。在宅療養を行うに当たり、様々な行政サービスを受ける必要があるため、病院は様々な認定措置への指示を行うと共に、保健所保健婦の介入を要請し、様々な職種間の調整を依頼した。

保健婦および両主治医との話し合いにより、思春期前期にあたる長男の心理状態への配慮が必要性が提起され、夫の了承の下で学校との調整を行ったうえで、退院となった。しかし、フローチャートに示すようにヘルパー、保健婦が在宅療養の主体となってしまう傾向があり、夫不在の傾向が次第に明らかとなり、再度患者の引きこもりが生じた。これに対応するために、夫の在宅時には夫による入浴介助を行い、また、通院日は可能な限り夫が付き添うこととすることにより、危機を回避することができ、順調な在宅療養を現在、実施中である。

[考案]

在宅療養環境を整備していくには、病院主導型よりも各種機関が協調した関係の基に構築する事が重要である。様々な事例を通して各種機関が連携をして、在宅療養環境を整備していく事が可能となってきた。本年度までの経過において、キーパーソンとなる家族内介護者の役割分担を尊重しつつ、在宅療養を実施することが重要であることを関連各職種が認識したことは有意義であった。また、事例2では、かかりつけ医の選定に若干の問題があった。かかりつけ医は地域医師会から推薦された医師に依頼したが、かかりつけ医の介護保険のシステムについての理解不足や、ネットワーク構築についての理解が少なく、相談なしの転院により在宅療養を実施中の関連職種に様々な混乱を引き起こした。この経験をもとに、かかりつけ医におけるネットワークの意義への理解を深めることも必要であることが認識できた。

次年度は国立相模原病院神経内科開設3年目に当たる。2年目までの経過により、地域医療との関連の強化と、ネットワーク構築を多少ながらも実施する事ができた。これらの実績により、ケースワーカーの配属がなされ、院内環境は改善されてきた。この実績をもとに、さらにネットワークシステムの発展のために、心理療法士などを交えた、ケースカンファレンスを開催して行くこととしたい。また、事例を通しての経験を基に各種疾患に於いても同様の療養環境構築を行っていくことが可能となり、さらに発展させていくことが今後の課題である。

[結論]

要介護の神経難病患者の在宅医療においてケアマネジャーと医療機関との連絡に訪問看護ステーションや、保健所の果たす役割は大である。現体制下では各種関連機関が協調して在宅医療システムを構築していくことが有用である。

表 1. 疾患構成

1. 神経変性疾患	
PD, パーキンソニズム	180
SCD	65
Huntinton病	6
MND	14
Alzheimer病	12
2. 免疫性神経疾患	
MS	12
膠原病関連	5
MG	11
GBS, CIDP	7
3. 筋疾患	24
4. 末梢神経疾患 (GBS,CIDP以外)	15
5. CVD	27
6. 機能性疾患(てんかん, 頭痛)	45
7. その他	

図1. 事例1

症例1. 昭和50年発症のCNS-Lupus (62歳女性)

不全四肢麻痺で介助でやっと起立可能. バルーン挿入.
平成12年より介護保険を利用.

第一回カンファレンス

ケアマネジャーからの問題点:

患者が病状を把握していない.

家族は介護に参加しようとしていない.

患者の言い分:

家人には迷惑をかけたくない. 病状は理解している.

家族の意見:

子供達には通院介助以外して欲しくないと患者がいう.

患者および患者家族の疾病受容への理解
ケアセンターの立場への患者側の理解

病院は調整役

図2. 事例2

症例2 35歳ALS, 未婚男性.
半年で呼吸器装着, 下肢立位不能, 上肢機能は保存
十分なインフォームドコンセントなく呼吸器装着

某病院から居住地での在宅呼吸器療法を依頼された.

転院時 両親が介護者で兄弟は介護への参加拒否.
介護保険は使用できない.
身体障害手帳は申請中.
家屋調整は未着手.
物品調整は未施行.

第一回ケースカンファレンス

病院主治医, 病棟婦長, 保健所看護婦, 訪問看護婦

患者の疾病受容が充分でないこと
介護者が少ないこと
呼吸器の設定が変化する状態であること
物品整備, 介護環境整備が必要であること

を確認

第2回ケースカンファレンス

参加者 診療部長, 病院主治医, 病棟副婦長, 外来看護婦, 医事課, 保健所看護婦,
相模原福祉事務所, かかりつけ医, 医師会訪問看護ステーション看護婦,
入浴サービス業者, 呼吸器機器メーカー, 介護者

内容 試験外泊時の状態確認. (特に呼吸器の管理, 不足物品の確認)
介護状況の把握
関係職種の役割確認
不足物品調整
週間予定の調整

図3. 事例3

症例3. 32歳ハンチントン病，女性，夫と長男（10歳）3人暮らし。
夫は一日毎の泊まり勤務で，他の家人による援助は望めない。

不随意運動も認めるが，人格解体が前景に立つ。
今回は希死念慮を来たし，家庭内療養が不能となり，精神科へ措置入院した。
神経内科主治医とは5年前に関わりがあり，1年間の治療歴があるが，その後通院せず，無治療のまま放置となっていた。精神科主治医より，投薬療法に関する併診と在宅調整を依頼された。

精神科主治医，精神科病棟婦長，神経内科主治医，夫との第一回話し合い

神経内科医より在宅は投薬調整によりまだ可能な病状にあると思える。
夫の在宅療養への意思の確認。
各種医療サービスを受けるための認定作業
1. 特定疾患，2. 精神保護法32条，3. 身体障害認定
保健婦，ヘルパーなど地域医療サービスへの受容の確認。
長男への心理的配慮の確認。特に学校への配慮要請の確認。
夫の役割の確認。

精神科主治医，精神科病棟婦長，神経内科主治医，保健所保健婦との調整

夫不在の日の食事，服薬などを中心とした援助体制の構築
夫不在日のキーパーソンの設定。（夫の兄嫁）
長男への地域社会での配慮。学校への要請。
夫のキーパーソンとしての役割の確立への配慮の確認。

退院後，一ヶ月目の危機

服薬の不規則化による病状悪化。
夫のキーパーソンとしての自覚不足

再調整と本人の精神面の改善

夫の入浴介助，診察介助による家族間の結束強化。
夫不在日のヘルパー，保健婦の重点的配備による精神面の安定化。

横浜地域における脳・神経疾患患者の診療ネットワークに関する研究

分担研究者：横浜市立大学医学部神経内科 黒岩義之1)

研究協力者：今福一郎2), 国本雅也2), 大生定義3), 小澤道雄4),
加茂力5), 渋谷誠二6), 若山吉弘6), 高橋竜哉7),
内藤弘一8), 中村眞己9), 宮崎雄二10),
山本勇夫11), 山本正博12)

研究要旨：この1年間に横浜地域における脳・神経疾患患者の診療ネットワークに関心をもつ有志の会議を3回開催し、横浜地域における脳・神経疾患患者の診療ネットワークに関して調査研究した。上記有志の施設は3大学、5病院、3診療所という多様な医療施設からなり、横浜市内の医療従事者の意思疎通を図り日常診療における地域的診療連携を向上させることの必要性を認めた。特に横浜市内の脳・神経疾患患者が適切な医療サービスを受けるために、専門医と開業医師との緊密な連携と交流の重要性が認識された。第1回の横浜市公開勉強会が開催され、そのあと、「今までの歴史を調査する」、「現状を把握する」ことからはじめ、その成果を踏まえて「今後の展望を模索する」ことで合意した。これまでに実績が既にあるものを詳細に調査したところ、高齢者が多い中区を中心とした病診連携（診診連携）、横浜市北部地区を中心とした病診連携（Wの会、APOCの会）、昭和大学藤が丘病院を中心とした病診連携がある。本班研究ではそれらの調査結果について報告した。

-
- 1) 横浜市立大学医学部神経内科,
横浜市立大学医学部附属・市民総合医療センター神経内科
 - 2) 横浜労災病院神経内科
 - 3) 横浜市立市民病院神経内科
 - 4) 小澤メンタルクリニック神経科
 - 5) 聖マリアンナ医科大学
横浜市西部病院神経内科
 - 6) 昭和大学藤が丘病院神経内科
 - 7) 横浜市立港湾病院神経内科
 - 8) 内藤クリニック
脳神経外科・神経内科
 - 9) 中村胃腸科内科医院
 - 10) 横浜宮崎脳神経外科病院神経内科
 - 11) 横浜市立大学脳神経外科
 - 12) 横浜市立脳血管医療センター

神経内科

A. 研究目的

横浜市内の医療従事者の意思疎通を図り、日常診療における地域的診療連携を向上させ、横浜市内の脳・神経疾患患者が適切な医療サービスを受けることができるようにする目的で、本研究を行った。

B. 研究方法

この1年間に横浜地域における脳・神経疾患患者の診療ネットワークに関心をもつ有志の会議を3回を開催し、横浜地域における脳・神経疾患患者の診療ネットワークに関して調査研究した。上記有志の施設は3大学、5病院、3診療所という多様な医療施設からなる。第1回の横浜市公開勉強会を平成13年!!!!>5月に横浜市で開催した。

C. 研究結果

過去に実績があるものとして、高齢者が多い中区を中心とした病診連携（診診連携）、横浜市北部地区を中心とした病診連携（Wの会、APOCの会）、昭和大学藤が丘病院を中心とした病診連携、横浜市立大学神経内科を中心とした16施設を含む連合型神経ネットワーク（横浜市大福浦病院神経内科、市民総合医療センター神経内科、横浜市立港湾病院神経内科、国立横浜医療センター神経内科、横浜市立脳血管医療センター神経内科、横浜南共済病院神経内科、横浜宮崎脳神経外科病院神経内科、日立戸塚総合病院神経内科、平塚共済病院神経内科・脳血管センター、。沢市民病院神経内科、横須賀市民病院神経内科、神奈川県立足柄上病院神経内科、秦野赤十字病院神経内科、茅ヶ崎市立病院神経内科、パシフィック・ホスピタル神経内科、川崎市立井田病院神経内科）があり、これらを発展すべきことが確認された。

D. 考察

専門医と開業医、各種Co-medical Staffとの連携と交流の重要性が認識された。合意事項として、今までの歴史を調査した上で、現状を把握、その成果を踏まえて今後の展望を模索することとした。

E. 結論

横浜地域における脳・神経疾患患者の診療ネットワークに関して、神経難病（在宅、介護、リハ、福祉）のみならず、救急神経医療（脳卒中、髄膜炎）やCOMMONな疾患（頭痛、てんかん）にひろげ、発足経緯は神経内科医中心であっても、脳神経外科も積極的に関与するシステムを構築すべきという結論に至った。

F. 研究発表

1. 論文発表

山口滋紀，黒岩義之：脳血管障害。
Medicament News 1999 1628:4-5.